

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N° 13

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PROLAPSUS GÉNITAL APRÈS HYSTÉRECTOMIE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 31 MARS 1942

par

Joseph FERRAND

né le 6 Juillet 1914 à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. VAYSSIERE	Président
		BOURDE	Assesseurs
		FIGARELLA	
		CHOSSON	

IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

1942

FACULTÉ MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PROLAPSUS GÉNITAL
APRÈS HYSTÉRECTOMIE

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine Générale
et Coloniale et de Pharmacie de Marseille

LE 31 MARS 1942

par

Joseph FERRAND

né le 6 Juillet 1914 à Marseille

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. VAYSSIERE	Président
		BOURDE	Assesseurs
		FIGARELLA	
		CHOSSON	



IMPRIMERIE F. ROBERT
24, RUE MOUSTIER, 24
M A R S E I L L E

1942



**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU PROLAPSUS GÉNITAL
APRÈS HYSTÉRECTOMIE**

PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE GENERALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : L. CORNIL

Assesseur : F. MERCIER

Doyen Honoraire : L. IMBERT

Professeurs Honoraires : MM. MOITESSIER, CASSOUTE
OLMER, GAUJOUX, AUBARET-COTTE

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{me} PEROL

Professeurs :

<i>Anatomie</i>	CORSY
<i>Anatomie Pathologique et Pathologie Expérimentale</i>	CORNIL
<i>Bactériologie</i>	ROUSLACROIX
<i>Chimie Analytique et Hydrologie</i>	RIMATTEI
<i>Chimie Médicale</i>	ROCHE
<i>Clinique Chirurgicale</i>	FIOLLE
<i>Clinique Chirurgicale</i>	BOURDE
<i>Clinique Exotique</i>	HECKENROTH
<i>Clinique des Maladies Nerveuses</i>	ROGER
<i>Clinique Médicale</i>	AUDIBERT
<i>Clinique Médicale</i>	MATTEI
<i>Clinique Médicale</i>	MONGES
<i>Clinique Médicale Infantile</i>	GIRAUD
<i>Clinique Obstétricale</i>	VAYSSIÈRE
<i>Clinique Ophthalmologique</i>	JAYLE
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	BREMOND
<i>Clinique Urologique</i>	CHAUVIN
<i>Histoire Naturelle</i>	GABRIEL
<i>Histologie</i>	ROMIEU
<i>Hygiène Générale et Coloniale</i>	VIOLLE
<i>Médecine Légale</i>	MOSINGER
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX
<i>Pathologie Chirurgicale</i>	MOIROUD
<i>Pharmacodynamie et Matière Médicale</i>	F. MERCIER
<i>Pharmacie</i>	VIGNOLI
<i>Physiologie</i>	MALMEJAC
<i>Physique</i>	CHEVALLIER
<i>Thérapeutique</i>	POINSO

Chargé de Cours :

Clinique Dermatologique VIGNE

Agrégés en exercice :

MM. SAUTET
DUBOULOZ
BERTHIER
BALANZARD
BRAHIC
FIGARELLA
ARNOUX
CHOSSON

MM. DELPHAUT
R. IMBERT
PAILLAS
AUDIER
DOR
RECORDIER
SALMON

Agrégés libres :

M. QUINTARET

M. PIERI

Chargés des fonctions d'agrégé :

Chimie médicale DERRIEN

Chargés de Cours complémentaires :

<i>Anatomie descriptive et topographique</i>	SALMON
<i>Chimie minérale</i>	ARNOUX
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	PERIOT
<i>Médecine opératoire</i>	DOR
<i>Microbiologie</i>	BOYER
<i>Neuro-Chirurgie</i>	ARNAUD
<i>Obstétrique</i>	CHOSSON
<i>Pharmacodynamie aux Pharmaciens</i>	DELPHAUT
<i>Psychiatrie</i>	ALLIEZ
<i>Toxicologie</i>	GUILLOT

- 7 -

A LA MEMOIRE DE MA PETITE SCEUR

A MA MERE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES FRERES

A MA TANTE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

AUX ANCIENS COMBATTANTS NEO-CALEDONIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN ARNOULD

Témoignage de gratitude.

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE VAYSSIÈRE

*Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine*

En remerciement pour le grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.

Hommage de notre profonde gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Hommages respectueux et reconnaissants.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MONGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FIOLE

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. DE LUNA

MONSIEUR LE DOCTEUR R. DE VERNEJOUL

A qui nous ne saurons assez exprimer
notre reconnaissance pour la sollicitude si
bienveillante qu'il nous a toujours témoi-
gnée.

MONSIEUR LE DOCTEUR E. GAMEL

MONSIEUR LE DOCTEUR L. ARTAUD

Dont nous avons eu l'honneur d'être
l'Externe.

A MONSIEUR LE DOCTEUR VINCENT DONNET

Chef de Clinique Gynécologique

qui nous a guidé dans ce travail.

Le respectueux attachement que nous lui portons est accru d'une lourde dette de reconnaissance pour les soins dévoués dont il a entouré les nôtres.

INTRODUCTION

De nombreux travaux ont été consacrés aux prolapsus génitaux, mais nous en relevons peu dans la littérature médicale qui aient trait aux prolapsus génitaux après hystérectomie.

Notre excellent ami, le docteur Donnet Vincent, à propos de deux observations ayant fait l'objet d'une communication à la Société de Chirurgie de Marseille le 17 janvier 1938, nous a orienté vers ce travail. Nous l'en remercions vivement.

C'est sans préjugé que nous avons choisi le titre de notre sujet et nous ne pensons pas que l'hystérectomie totale ou subtotale, pratiquée par voie abdominale ou vaginale, joue seule un rôle essentiel dans la production de ces prolapsus génitaux.

Tout l'intérêt pratique de cette étude réside d'une part dans la difficulté de faire accepter une nouvelle intervention à des femmes ayant déjà subi une grave mutilation, et d'autre part, pour le chirurgien, dans la délicatesse du choix d'une méthode d'intention curatrice.

Au cours de notre travail, nous insistons tout particulièrement sur la pathogénie de cette affection et sur le fait que cette infirmité doit se rencontrer encore moins fré-

quemment si, chaque fois qu'une hystérectomie est envisagée pour une cause quelconque, le chirurgien se livre à un examen attentif du périnée de la malade et, en cas d'ébauche de déficience de la sangle périnéale, pratique au cours de l'hystérectomie le traitement préventif du prolapsus génital « en puissance ».

La rareté relative de l'affection, le manque d'observations personnelles nous obligent à faire de notre thèse une étude critique et une mise au point de nos connaissances actuelles sur les prolapsus génitaux après hystérectomie.

Nous nous proposons de poursuivre cette étude ultérieurement.

HISTORIQUE

L'étude historique des prolapsus après hystérectomie se confondant pratiquement avec celle des prolapsus génitaux en général, nous ne croyons donc pas nécessaire, après les nombreuses mises au point sur cette dernière question, devoir y insister longuement.

Dans le but d'être plus didactique, nous scindons cet exposé historique en deux parties, dans la première nous mettons en relief les principaux travaux consacrés à l'étude des prolapsus génitaux en général, puis dans une deuxième partie ceux se rapportant tout particulièrement aux prolapsus génitaux après hystérectomie.

— Du prolapsus génital en général :

Dès 1877, Le Fort traite radicalement les prolapsus génitaux chez les femmes âgées par le cloisonnement du vagin. Tour à tour prônée et délaissée, cette opération fut modifiée et le « cloisonnement élargi » du vagin est actuellement la méthode de choix dans la cure du prolapsus génital chez des femmes ayant renoncé à toute activité sexuelle.

G. Bouilly, dans son rapport au X^e Congrès Français de Chirurgie en 1896, précise sa technique employée dans le traitement des prolapsus génitaux. L'étude de cette opération, dite « de Bouilly » (amputation supra-vaginale du

col et colpectomie), fut d'ailleurs reprise plus tard par Bouilly et R. Loewy (Revue de Gynécologie 1902), L. Guenard (thèse de Paris 1902-1903), P. Coirre (thèse de Paris 1921), Ch. Lenormant et P. Dreyfus (Gynécologie et Obstétrique de juillet 1931).

Bégouin, J.-L. Faure, Morestin et Savariaud, Gentil, dans un rapport au XXXII^e Congrès Français de Chirurgie en 1923, font une étude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux et insistent tout particulièrement sur l'importance primordiale du temps périnéal (colporraphie et myorraphie des releveurs) tandis que plus tard R. Leibovici et R.-Y. Yovanovitch (Revue de Chirurgie d'octobre 1937) préconisent la « suspension haute » de l'utérus comme temps essentiel.

E. von Graff (1933), Rouvillois (Thèse de Paris 1939), cherchent à préciser le rôle du tissu conjonctif pelvien dans l'étiologie et le traitement des prolapsus génitaux.

— Du prolapsus génital après hystérectomie :

Depuis fort longtemps les chirurgiens savent qu'un prolapsus peut apparaître après hystérectomie.

Aussi l'étude de la suspension du col ou de la fixation du dôme vaginal au cours de l'hystérectomie pour empêcher l'évolution ultérieure de cette affection n'est-elle pas chose nouvelle.

Muller (d'Heidelberg), en 1889, fixait le moignon du col dans l'angle inférieur de la plaie abdominale et pratiquait ainsi une « cervicopexie » pariétale antérieure.

Jacobs (de Bruxelles), en 1896, à la Société Belge de Gynécologie, exposait un procédé qui consiste, après l'amputation supra-vaginale de l'utérus, à recouvrir le moignon du col avec les ligaments larges dans le but de le suspendre.

J. Ilieff (Paris 1898-1899), à l'occasion de sa thèse inau-

gurale, étudie la « colpopexie » abdominale dans le traitement radical du prolapsus utérin.

Le Professeur Legueu, au XIV^e Congrès Français de Chirurgie, en 1901, rapporte 3 observations de malades opérées par le procédé de Muller avec très bons résultats.

Guibal (de Béziers), dans une communication, rapportée par Tuffier, à la Société de Chirurgie de Paris en 1910, publie plusieurs cas d' « inversion du vagin » consécutive à l'hystérectomie ». Morestin, Savariaud, puis Potherat s'élèvent violemment contre cette erreur d'interprétation, « l'hystérectomie n'est pour rien dans ces prolapsus génitaux après hystérectomie » (Morestin).

Calcattogio (Montpellier 1920) soutient une thèse sur l'inversion du vagin chez les hystérectomisées et en étudie la pathogénie et le traitement.

V. Pauchet, L. Hautefort, R. Bonneau et Douay, dans plusieurs communications à la Société de Chirurgie de Paris en 1928, fixent les détails de leur technique particulière de suspension du col au cours de l'hystérectomie subtotale et la préconisent comme traitement préventif d'un prolapsus génital ultérieur toujours possible.

J. Botero-Londono en fait le sujet de sa thèse (Paris 1932).

M. Payne (de Virginie), dans Archives of Surgery 1930, rapporte 4 observations de prolapsus génital après hystérectomie subtotale qu'il a traité par fixation du col à la paroi abdominale avec résultats excellents.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

On sait qu'il peut se produire un prolapsus génital après hystérectomie subtotale ou totale. Inversion du vagin, hernies et éviscérations vaginales en représentent les plus hauts degrés.

Ces infirmités, graves et difficiles à guérir, paraissent heureusement peu fréquentes.

En 1920, Calcattogio dans sa thèse disait : « l'inversion du vagin survenant chez les -hystérectomisées constitue une éventualité vraiment exceptionnelle ». Il ne put, en effet, réunir que 9 observations.

Si l'on se reporte aux statistiques anciennes de totales ou subtotaies, on trouve des chiffres à peu près semblables quant à la présence d'un prolapsus génital après hystérectomie : le chiffre moyen est d'environ 4 %. L. Diamant-Berger trouve sensiblement les mêmes résultats : sur 90 malades revues à longue échéance, 2 présentaient un léger prolapsus muqueux et une 3^e une lésion importante avec gros cystocèle et présence d'une véritable hernie périnéale dans le vagin inversé.

Sur les 15 observations rapportées dans la thèse de J. Bottero-Londono, -2 seulement ont trait à l'existence d'un prolapsus après hystérectomie subtotale, les autres

mentionnent la présence d'un prolapsus avant l'hystérectomie nécessitée par une lésion utérine et au cours de laquelle on pratiqua le traitement prophylactique du prolapsus susceptible d'évoluer ultérieurement.

P. Boboul en 1935 ne cite que 10 observations d'inversion du vagin et 4 seulement d'éviscération vaginales, rarissimes d'ailleurs, après hystérectomies totales vaginales.

V. Donnet, dans sa communication à la Société de Chirurgie de Marseille en 1938, nous soumet un chiffre encore plus bas : sur une série de 510 hystérectomisées il n'a observé que 2 prolapsus.

Tous ces chiffres n'ont, il est vrai, qu'une valeur relative. En effet, toutes les hystérectomisées ne sont pas revues par le même chirurgien qui les a opérées, et tous les cas de prolapsus après hystérectomie ne font pas toujours l'objet d'une publication.

Nous n'insisterons donc pas plus sur la rareté relative de cet accident post-opératoire, mais nous tenons à signaler que le prolapsus génital après hystérectomie serait plus rare encore si on réservait cette appellation aux cas où rien avant l'hystérectomie ne permettait de constater l'existence d'un prolapsus ou d'en prévoir la proche apparition. A-t-on toujours fait un examen systématique des futures opérées ?

On a donc été amené à rechercher les rapports qui pouvaient exister entre l'intervention et le prolapsus post-opératoire. Celui-ci est-il indépendant de l'état cicatriciel laissé par l'hystérectomie ? Est-il possible, en pareil cas, d'incriminer l'opération elle-même dans la genèse de la lésion ?

L'opération n'est pour rien dans l'apparition de ces prolapsus. La cause en est, comme pour tous les prolapsus génitaux, dans la mauvaise qualité des tissus, congénitale ou acquise, et le rôle des accouchements, ou des déchirures.

rures périnéales antérieures, joue exactement comme s'il n'y avait pas eu d'opération.

Nous croyons volontiers que, dans la très grande majorité des cas, lorsqu'un prolapsus survient après une hystérectomie, c'est qu'il existait déjà, au moins « en puissance », avant cette intervention ou bien se serait produit de toutes façons.

En effet, cette question fut l'objet d'une discussion à la Société de Chirurgie de Paris (séances du 7 et 14 décembre 1910), lors de la présentation par Tuffier du mémoire de Guibal. Morestin et Savariaud s'élevèrent contre l'interprétation qui rendrait l'hystérectomie responsable du prolapsus génital. « L'hystérectomie n'est pour rien dans ces prolapsus consécutifs à l'hystérectomie, on ne peut les considérer comme une complication ». (Morestin.). Potherat, dans la séance du 14 décembre, précisait encore cette notion, déclarant en particulier que, sur plus de 600 hystérectomies de sa pratique, il n'avait jamais observé d'inversion vaginale consécutive.

D'autre part, depuis fort longtemps, on admet que l'hystérectomie n'est pas un traitement du prolapsus génital. La disparition de l'utérus est en effet sans action sur la chute des parois vaginales, aussi bien que sur celles de la vessie et du rectum, qui se reproduisent après l'opération avec tous leurs inconvénients.

Tous ces faits semblent donc bien prouver que l'insuffisance des muscles du périnée est à la base de presque tous les prolapsus et que le prolapsus génital consécutif à l'hystérectomie n'est que l'évolution d'un prolapsus « en puissance » avant l'intervention. La valeur du plancher pelvien avant l'hystérectomie est primordiale dans l'étiologie de ces prolapsus.

Nous venons de voir que, en général, l'opération, quelle que soit la voie employée, n'est pour rien dans ces pro-

l'aplasie post-opératoire, mais on peut tout de même se demander si, dans certains cas, l'hystérectomie vaginale ne favoriserait pas plus que l'hystérectomie abdominale l'évolution ultérieure du prolapsus génital déjà « en puissance » avant l'intervention ?

C'est en effet l'opinion de Calcattogio (thèse de Montpellier 1919-1920) et de P. Boboul (thèse de Toulouse 1934-1935) qui montrent que inversion du vagin, hernies et éviscérations vaginales succèdent le plus souvent (11 fois sur 13 observations) à une hystérectomie pratiquée par voie vaginale. Rien, disent-ils, ne permet de comprendre que la voie vaginale soit seule en cause.

Pourtant, outre la déficience périnéale pouvant exister avant l'intervention, il nous semble que le fait de forcer le passage d'un utérus à travers l'orifice uro-génital -des releveurs, d'opérer au cours de l'intervention des tiraillements sur les ligaments utérins et sur tout le tissu conjonctif pelvien péri-génital, favorise ultérieurement, plus qu'après une hystérectomie totale par voie abdominale, la chute des parois vaginales déjà amorcée lors de l'acte opératoire. Par contre, il n'est pas illogique d'admettre qu'après hystérectomie abdominale subtotale la conservation des ligaments utéro-sacrés fixés sur le col restant, malgré leur étirement presque toujours obligatoire au cours de l'intervention, empêche en partie un déroulement trop accentué du vagin.

Ceci explique pourquoi certains chirurgiens, ce sont les moins nombreux, contrairement à l'opinion classique, pensent que la cause primordiale de ces prolapsus génitaux est un défaut de suspension ou un relâchement des moyens de fixation du moignon cervical ou du dôme vaginal. Cette théorie paraît se vérifier dans certains cas. Nous en trouvons la démonstration dans les quelques exemples suivants :

J. Botero-Londono (thèse de Paris 1932) rapporte une observation de prolapsus récidivé après colpopérinéorraphie et hystérectomie subtotale abdominale. La guérison ne fut obtenue qu'après cervicopexie pariétale antérieure (procédé de Müller).

M. Payne (de Virginie) a traité par fixation du col à la paroi abdominale, sans colpopérinéorraphie, 4 cas de prolapsus génital après hystérectomie subtotale avec résultats excellents : une malade a été revue dix ans après, deux ont été suivies pendant deux ans et la quatrième pendant un an.

Il en est de même pour le prolapsus génital en général. R. Leibovici et R.-Y. Yovanovitch considèrent dans le traitement du prolapsus génital la périnéorraphie comme ayant souvent un rôle modeste d'opération complémentaire, le temps fondamental comprenant « la suspension haute de l'utérus ». Celle-ci permettra, en effet, d'agir sur le fond du vagin qui sera « à la fois retenu par l'utérus et soutenu par le périnée ». Cette théorie ne peut être exacte que si le périnée est précisément capable de remplir ce rôle de sangle de soutènement. D'où l'importance de l'examen pré-opératoire des malades.

On conçoit que nous ayons insisté un peu longuement sur la pathogénie de cette affection puisque celle-ci conduit en général au traitement spécifique. Cela nous permettra de choisir judicieusement, parmi tant d'autres, la technique opératoire propre à chaque cas particulier. L'idéal, certes, serait de pouvoir réaliser dans tous les cas l'association d'une colpopérinéorraphie avec la suspension ou la fixation du moignon cervical ou du dôme vaginal.

En conclusion, il ressort de cette étude critique, comme nous le disions au début de ce paragraphe, que la pathogénie des prolapsus après hystérectomie rentre dans le cadre des prolapsus en général.

Nous insistons en terminant sur deux faits principaux :

1° Le rôle primordial revient à la béance (écartement et allongement des releveurs) exagérée de l'hiatus uro-génital par effondrement du plancher pelvien. Le traumatisme obstétrical antérieur est important.

Interviennent ensuite comme causes secondes :

- l'allongement ou l'atrophie des ligaments utérins.
- l'excès d'étoffe du vagin.
- la profondeur exagérée du cul-de-sac de Douglas qui explique les succès obtenus par l'opération de Marion.

2° « L'hystérectomie n'est pour rien dans ces prolapsus consécutifs à l'hystérectomie, on ne peut les considérer comme une complication. »

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude des lésions est très simple. Elles ne diffèrent pas sensiblement de ce qu'elles seraient si l'utérus était encore là.

Les lésions muqueuses sont les mêmes : il y a toujours plus ou moins de cystocèle ou de rectocèle, bien qu'à vrai dire, la cystocèle soit en général prédominante.

Le seul point particulier est l'état de la zone cicatricielle.

— S'il s'était agi d'une subtotale :

Le moignon du col se comporte comme se comporterait l'utérus, c'est-à-dire qu'il progresse suivant l'axe du vagin et qu'il vient jusqu'à la vulve. Dans les cas extrêmes, il s'extériorise et la tumeur herniée peut acquérir un volume parfois considérable.

Les ligaments utéro-sacrés qui fixent et maintiennent le col en place jouent un rôle important dans le prolapsus isolé du col. C'est vraisemblablement au relâchement ou à l'atrophie de ces ligaments qu'il faudra incriminer ces prolapsus isolés du moignon cervical. Il paraît donc logique de les utiliser aussi pour lutter contre la chute du col : suture, plicature ou procédé de Marion. Mais comme ils ont en général cédé complètement, leur conservation est donc

un argument tout à fait théorique en faveur de la subtotale.

Quant aux ligaments ronds, bien qu'à l'état normal ils ne jouent aucun rôle dans la suspension de l'utérus, ils sont assez résistants pour supporter expérimentalement une charge de 600 à 900 grammes (Beurnier) et même de 5 kilogrammes (Lenz). La chirurgie peut donc les utiliser dans la suspension préventive (et quelquefois curative) du moi-gnon du col ou du fond du vagin. Bien qu'ils soient susceptibles de s'étirer ou de s'atrophier, les auteurs qui ont préconisé ce détail opératoire ne donnent pas d'exemple de prolapsus génital consécutif.

Le Docteur Vincent Donnet eut récemment l'occasion d'opérer une malade pour éventration secondaire à une hystérectomie subtotale faite un an auparavant et au cours de laquelle il avait pratiqué la cervicoligamentopexie suivant la méthode de Douay. Effectivement les ligaments ronds avaient disparu, mais le bloc cicatriciel formait un véritable berceau, solide et élégant, capable de soutenir facilement les viscères abdomino-pelviens.

S'il s'était agi d'une totale :

Le fond du vagin est simplement éversé, retourné en doigt de gants, et le cul-de-sac se comporte comme un sac herniaire dans lequel peuvent descendre les viscères pelviens. Rarement on peut se trouver en présence d'une éviscération vaginale : 4 cas connus déjà cités dans la thèse de P. Boboul (Toulouse 1934-1935).

La question des ligaments se pose encore moins que dans le cas précédent.

Mais pratiquement ce sont là des subtilités, car, s'il y a prolapsus important, qu'il s'agisse de totale ou de subtotale, les lésions ne diffèrent que par la présence d'une certaine épaisseur de tissu dur et fibreux qui est le moi-gnon du col dans un cas, ou par la présence d'une cicatrice aplatie et blanchâtre dans l'autre cas.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous n'insisterons pas sur les symptômes des prolapsus génitaux après hystérectomie. Ils sont d'une interprétation facile et identiques à ceux du prolapsus en général.

Il convient d'étudier le temps d'apparition après l'hystérectomie ; la rapidité de cette évolution ; les signes fonctionnels et la gêne qui peuvent en résulter ; les complications urinaires dont la pollakiurie et la cystalgie sont les plus fréquentes ; le degré de rougeur ou d'inflammation des muqueuses ; la présence de métrite du moignon si celui-ci persiste, ou de hernies et éviscérations vaginales exceptionnelles, après hystérectomie totale.

On s'assurera également de la valeur de la contraction des muscles releveurs, ce qui est un élément important de pronostic opératoire.

Tous les degrés de prolapsus peuvent s'observer, mais deux aspects qui conditionnent les indications opératoires au même titre que l'âge de la malade sont à retenir :

- ou bien il s'agit de lésions purement muqueuses avec cystocèle ou rectocèle, la zone cicatricielle demeurant suffisamment profonde ;
- ou bien il y a en outre issue du moignon cervical ou de la cicatrice à la vulve ou au delà de la -vulve, réalisant ainsi une véritable hernie périnéale d'importance variable.

TRAITEMENT

En dehors de quelques rares exceptions, où certaines hystérectomisées âgées, redoutant une nouvelle intervention, préfèrent supporter leur infirmité en cherchant à l'atténuer par le port d'un pessaire ou plus simplement par un tampon vaginal soutenu par une sangle fixée solidement à une ceinture abdominale, le traitement des prolapsus génitaux après hystérectomie ne peut être que chirurgical, préventif ou curatif.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE.

Il doit être mis en œuvre chaque fois que l'on pratique une hystérectomie chez une femme qui, outre les causes nécessitant l'intervention, présente des signes cliniques de prolapsus existant ou « en puissance ». D'où l'importance de ne pas négliger un examen attentif du périnée avant l'acte opératoire.

Plusieurs techniques ont été préconisées, mais il est heureux de constater que les chirurgiens français par des procédés simples obtinrent les meilleurs résultats.

A. — *Dans le cas d'hystérectomie subtotale*, deux techniques peuvent être employées :

— la cervico-ligamentopexie

— la cervico-pexie directe.

A) La cervico-ligamentopexie ne comporte aucun risque opératoire supplémentaire, n'allonge ni ne complique l'acte opératoire principal dont elle devient tout au plus un « détail de technique ».

J.-L. Faure, Douay, L. Hautefort s'attachèrent à vulgariser cette technique suivant leur procédé particulier dans les thèses de leurs élèves et dans plusieurs rapports à la Société de Chirurgie de Paris.

Nous croyons utile de rappeler ici les détails de ce procédé en mettant en relief la technique particulière à chacun des auteurs.

I. — *Section des ligaments ronds.*

Pour pratiquer la cervico-ligamentopexie, il est nécessaire de conserver la plus grande longueur possible des ligaments ronds. Aussi doit-on faire la section au ras de l'insertion utérine. Il est donc utile de prévoir dès le début de l'hystérectomie qu'on fera plus tard la suspension du col, afin de procéder de la façon suivante : après pincement et section du pédicule utéro-ovarien, le ligament rond est pincé près de l'utérus et sectionné au niveau de son insertion utérine. On dégage sur 3-4 centimètres le ligament des lames péritonéales qui l'enveloppent pour le libérer de ses connexions. Puis l'hystérectomie se continue par la section de l'artère utérine, section du col, etc. Lorsqu'on procède aux ligatures des pédicules, le ligament rond est lié avec un solide catgut¹ (N° 2) et le fil est conservé, il servira plus tard pour la ligamentopexie.

II. — *Préparation du col pour réunir les ligaments ronds.*

Pour que les ligaments ronds soient bien incorporés au col, il est utile de faire un évidement du col, cet évide-

ment sera surtout transversal, creusant un sillon assez profond pour y placer les ligaments.

Les chirurgiens qui ont l'habitude de faire l'évidement complet du col et de supprimer toute la muqueuse du canal cervical (Douay, Hautefort), pour fermer la communication avec le vagin et pour assurer l'hémostase, passent un point de catgut en U, qui traverse le col d'avant en arrière puis d'arrière en avant, contournant ainsi le canal cervical évidé. Ce point serré en avant du col doit en rapprocher la partie basse, mais laisser écartée la partie haute dont les lèvres antérieure et postérieure doivent rester assez écartées pour former un sillon transversal suffisamment profond pour contenir les ligaments ronds.

Les chirurgiens qui n'ont pas l'habitude d'évider le col (J.-L. Faure) se contentent d'appliquer les ligaments ronds sur la face cruentée du col avant de les suturer.

III. — *Suture des ligaments ronds.*

Pour fixer les ligaments ronds à la surface de section du col, plusieurs moyens sont à notre disposition :

1° En incorporant les ligaments dans le surjet fait habituellement sur le col,

— les ligaments peuvent être placés bout à bout en nouant ensemble les deux fils terminaux.

— les ligaments peuvent être placés parallèlement en fixant le ligament droit sur l'extrémité gauche du col, et inversement le ligament gauche sur l'extrémité droite du col.

Puis le surjet fermant le col emprisonne ainsi les ligaments ronds et les fixe dans leur situation. C'est là le procédé employé par le Professeur J.-L. Faure.

2° En fixant chaque ligament dans l'angle externe du col. Un des chefs ayant servi à la ligature du ligament

est passé d'arrière en avant dans la lèvre antérieure du col évidé. L'autre est passé d'avant en arrière dans la lèvre postérieure. Les deux fils sont noués ensemble, ce qui a pour effet de fixer le ligament au fond du sillon et de rapprocher par dessus les bords du col.

La même ligature est faite pour le second ligament.

Il suffit de mettre un à deux points supplémentaires pour terminer complètement la suture du col. C'est là le procédé employé par le Docteur Douay.

3° Il y a encore un procédé très ingénieux employé par le Docteur L. -Hautefort et qui mérite une description spéciale. C'est la fixation avec coulissage des ligaments, ce qui permet de mesurer exactement le degré de tension des ligaments et par conséquent de régler la hauteur de la position du col.

— Après pincement et section d'un pédicule utéro-ovarien, le ligament rond du même côté est sectionné au ras de son insertion utérine de façon à lui conserver la plus grande longueur possible ; il est dégagé sur plusieurs centimètres de ses lames péritonéales, puis il est lié au catgut chromé et les chefs de cette ligature sont conservés. On achève d'inciser le ligament large, on pince l'artère utérine à la place ordinaire et on sectionne ; on a soin de la dégager ensuite du col utérin. On procède de même pour le côté opposé, puis le col est tranché perpendiculairement à son axe.

— Après ligature des deux pédicules ovariens et des deux utérines, on procède à l'évidement du col : deux incisions transversales qui mordent l'une en avant, l'autre en arrière du canal cervical, se rejoignent à un centimètre et demi environ de profondeur, accusant ainsi un fossé de coupe triangulaire dans le fond duquel aboutit le canal cervical.

Pour fermer la lumière de ce canal, on passe un point de catgut en U, qui traverse le col d'avant en arrière puis d'arrière en avant, contournant ainsi le canal cervical ; ce point est noué en avant du col et les chefs conservés amarrent le col et facilitent les manœuvres suivantes :

— Les lèvres du col sont saisies par des tenailles de Pauchet et écartées, l'aide, saisissant les chefs de ligature des ligaments ronds, couche entre elles, en les croisant, ces deux ligaments. L'opérateur prenant les deux tenailles dans la main gauche, referme les deux lèvres du col sur les ligaments ronds, et il les maintient dans cette position par un fil médian qui prend les deux lèvres, sans embrocher les ligaments.

— Les tenailles sont enlevées et le fil noué et coupé. L'aide n'a pas abandonné les chefs des ligaments ronds, il tire sur eux jusqu'à ce que le col ait pris la position la meilleure. A ce moment, l'opérateur passe un catgut à droite, puis à gauche du point médian, prenant de nouveau les lèvres du col, mais embrochant cette fois les deux ligaments. On achève de solidariser les deux ligaments ronds en fixant chacun des moignons au ligament rond opposé.

— Le col est alors solidement suspendu. La péritonisation est généralement facile, surtout si l'on a pris soin de décoller assez haut le péritoine pré-utérin avant de trancher le col.

IV. — *Péritonisation.*

La présence des ligaments ronds, tendus vers la ligne médiane, rend la péritonisation plus facile qu'à l'ordinaire.

Habituellement le péritoine vésical est assez lâche pour qu'on puisse l'attirer au-dessus des ligaments ronds pour le fixer au péritoine postérieur des ligaments larges et de la face postérieure du col, ce qui permet donc une péritonisation complète et élégante.

Tous concourent au même but : suspendre le moignon cervical aux ligaments ronds. D'autres, Jacobs (de Bruxelles), Quenu tentèrent de suspendre le col restant aux ligaments larges, mais les résultats furent décevants.

Nombreux sont les chirurgiens qui, actuellement, pratiquent la suspension du col aux ligaments ronds au cours d'hystérectomie subtotale. Le Docteur V. Donnet depuis plusieurs années, le Docteur J. Arnould, ancien chef de clinique gynécologique à la Faculté de Marseille, dont nous avons l'honneur d'être l'assistant, effectuent systématiquement au cours de chaque hystérectomie subtotale la cervico-ligamentopexie suivant le procédé du Docteur Douay.

Tous les auteurs sont unanimes à reconnaître les bienfaits de ce détail opératoire et apportent des résultats excellents dans leurs publications. En effet, le col restant maintenu par les ligaments ronds n'a plus tendance à s'abaisser, le prolapsus peut être prévenu et, s'il existait avant l'intervention, arrêté dans son évolution. Même en cas d'évolution post-opératoire d'un prolapsus existant « en puissance », la cervico-ligamentopexie complètera très utilement la périnéorrhaphie ultérieure.

b) La cervicopexie directe : procédé de Müller.

Elle vise au même but que la cervico-ligamentopexie : fixer le col restant.

Cette fixation s'effectue en suturant le moignon cervical à la partie inférieure de la plaie abdominale comme dans une hystéropexie isthmique.

Ce procédé, malgré sa simplicité et les bons résultats obtenus, est peu employé vue la difficulté que l'on éprouve à allonger le vagin pour amener le col restant à la paroi abdominale.

B. — *Dans le cas d'hystérectomie totale.*

Lorsqu'on est amené par suite de lésions du col à pratiquer une hystérectomie totale, il est encore possible d'utiliser les ligaments ronds pour faire une pexie du dôme vaginal.

Son indication de choix est réalisée lorsque, avant l'opération, il y a tendance au prolapsus. En effet, le danger post-opératoire de déroulement du vagin est encore plus grand que lorsqu'on pratique une hystérectomie subtotale: les ligaments utéro-sacrés dont nous avons étudié plus haut le rôle important comme moyen de suspension du col sont supprimés.

Cette colpo - ligamentopexie est décrite et surtout employée par V. Pauchet. Nous en rappelons brièvement les détails principaux :

1° Désinsertion du vagin pour conserver une paroi vaginale épaisse qui permette d'y incorporer les ligaments ronds, il est utile de faire porter la section vaginale au niveau de son implantation sur le col.

2° Suture du vagin : on rapproche par une suture hémostatique les parois antérieure et postérieure du vagin fermant ainsi la cavité vaginale.

3° Fixation des ligaments ronds : les ligaments ronds sont fixés à cette ligne de suture soit directement, soit en les croisant pour régler leur tension.

4° Péritonisation facile par-dessus les ligaments ronds tendus.

Haller rapporte que, dans un cas, après hystérectomie totale, il a pu remonter le vagin et le fixer contre la paroi abdominale antérieure par deux fils passant respectivement à chacune des extrémités de la suture vaginale et dans chacune des lèvres respectives de l'incision abdomi-

nale. Par cette « colpopexie directe », il obtint un bon résultat.

Nous terminons ce chapitre de prophylaxie en concluant que, devant les résultats publiés par tous les auteurs pratiquant couramment, au cours d'hystérectomie, l'une de ces méthodes préventives du prolapsus génital, et sans vouloir négliger le rôle essentiel du périnée dans la pathogénie des prolapsus après hystérectomie, nous pensons que la « cervicoligamentopexie » et la « colpoligamentopexie » doivent être employées au cours d'hystérectomie, non seulement dans un but prophylactique chez une femme prédisposée au prolapsus génital par faiblesse périnéale, mais encore comme premier temps complémentaire d'une périnéorrhaphie ultérieure pour prolapsus continuant à évoluer après l'intervention.

De plus, comme la technique peut encore en être simplifiée, puisqu'il semble qu'on puisse se contenter de fixer les ligaments ronds à un col évidé ou non, la cervicoligamentopexie peut être considérée comme un « temps » de l'hystérectomie qu'elle n'allonge que de quelques courts instants. La péritonisation en est facilitée, et, même après l'atrophie obligatoire des ligaments ronds, l'ensemble forme un appareil de suspension fibro-péritonéal qui pratiquement paraît suffisant.

TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif des prolapsus génitaux après hystérectomie, dont la pathogénie est éminemment variable, ne peut être unique. Plusieurs interventions se partagent les succès obtenus, mais il est certain que, malgré toute leur valeur, l'une d'entre elles ne peut, seule, combattre à la fois, et d'une façon également parfaite, tous les éléments

de l'affection. Pour réunir au maximum toutes les garanties, il faut associer des opérations dites « complémentaires » à la colpopérinéorrhaphie qui reste l'opération fondamentale de la cure de ces prolapsus. Nous les passerons brièvement en revue :

TECHNIQUES.

1° La colpo-périnéorrhaphie antérieure et postérieure avec myorrhaphie des releveurs de l'anus est la véritable opération de soutien dans la cure des prolapsus en général. Elle peut, par analogie avec la triple intervention effectuée chez des femmes ayant encore leur utérus, être souvent complétée dans les prolapsus génitaux après hystérectomie par une « cervicopexie » ou une « colpopexie ».

En effet, si la femme avait encore son utérus, on lui ferait une intervention en trois temps : périnéorrhaphie antérieure et postérieure et fixation ou suspension de l'utérus à la paroi. Malgré certains auteurs qui pensent autrement, soit qu'ils se contentent du temps périnéal, soit qu'ils préconisent le temps abdominal seul en fixant l'utérus très haut (fixation corporéale ou isthmique), l'opinion à peu près unanime des chirurgiens est que la combinaison des deux est préférable.

Mais l'absence d'utérus pose un problème technique délicat qui semble n'avoir été résolu que très rarement : fixer dans un temps complémentaire le moignon cervical ou la cicatrice vaginale à la paroi abdominale, c'est-à-dire réaliser une « cervicopexie » ou une « colpopexie ». Nous n'avons pas trouvé, dans la littérature, de nombreux exemples de « cervicopexies » faites dans ces conditions (une observation dans la thèse de J. Botero-Londono, et les quatre cas de M. Payne), ni de cas de « colpopexie abdominale ».

L. Diamant-Berger, qui présenta à la Société des Chirurgiens de Paris, le 19 novembre 1937, une malade opérée pour prolapsus génital après hystérectomie totale, semble avoir réalisé une « colpopexie -indirecte ». Le procédé employé est ingénieux. Il consiste à prélever une bande de fascia lata et à la suturer au fond de la cicatrice, après réduction du prolapsus et présentation du fond du vagin par une grosse bougie de Hégar, tenue par un aide dans le vagin. Cette bandelette doit être insinuée sous le péritoine sus-vésical. On a ainsi, d'après l'auteur, sans aucun danger opératoire, un moyen simple et efficace permettant de remplacer ce qui serait la fixation de l'utérus à la paroi, si l'utérus existait encore, comme second temps de la cure radicale de ces grands délabrements pelviens.

Nous comprenons donc mieux maintenant tout l'intérêt pratique qu'il y a à effectuer ces « pexies » complémentaires au cours de l'hystérectomie comme traitement préventif d'un prolapsus génital « en puissance ».

2° La colpectomie totale (Müller 1896), en enlevant toute la muqueuse du vagin, et en suturant les tissus sous-jacents refoulés dans la profondeur à leur place normale, ferme la voie de passage pour une récurrence, surtout lorsqu'elle est compensée par une périnéorrhaphie.

Elle supprime la cavité vaginale, mais tend à établir une bonne sangle périnéale allant du méat urinaire à l'anus.

3° Le cloisonnement du vagin, opération dite de Le Fort (1877), ou mieux le cloisonnement élargi du vagin, « Le Fort modifié », qui n'est autre qu'une colpectomie sub-totale, est bénigne, simple et efficace. Elle peut même se pratiquer à l'anesthésie locale.

4° L'opération de Bouilly : colpopérinéorrhaphie avec colporraphie antérieure après amputation supra-vaginale du col, est aussi une bonne opération dont la technique

a été précisée dans un rapport au X^e Congrès français de Chirurgie (1896), par P. Coirre (thèse de Paris 1921) et par Ch. Lenormant et P. Dreyfus (Gynécologie et Obstétrique, juillet 1931).

INDICATIONS.

Ces techniques ne peuvent être appliquées indifféremment à tous les cas de prolapsus génital après hystérectomie. Leur emploi doit être judicieusement décidé après un examen attentif des lésions et après avoir envisagé aussi ces notions capitales : l'âge de la malade et son activité génitale.

a) Si la femme est très âgée, ou a renoncé aux relations sexuelles, trois opérations peuvent être pratiquées, seules ou comme complément de la périnéorrhaphie, sous anesthésie régionale, épidurale, ou même locale. Elles sont en effet bénignes, simples et peu shockantes.

1° Pour un prolapsus après hystérectomie totale :

a) Celle qui s'impose par sa simplicité et son efficacité est le cloisonnement du vagin, simple (Le Fort typique) ou élargi (Le Fort modifié). Ce doit être en effet le procédé de choix de ce genre d'accidents dans ces conditions (Observation II).

b) La colpectomie totale simple (opération de Müller) semble beaucoup plus compliquée pour obtenir les mêmes résultats que le « Le Fort ». Elle est plus shockante et supprime totalement la cavité vaginale.

2° Pour un prolapsus après hystérectomie subtotale :

L'opération de Bouilly doit être préférée. En effet, elle n'a pas l'inconvénient de laisser dans la profondeur des tissus un col susceptible de devenir cancéreux. Son indi-

cation de choix est la présence chez une femme âgée d'un prolapsus isolé du col, malade ou atteint d'allongement hypertrophique (Observation I).

B) Si la femme est jeune, ou bien doit encore satisfaire aux exigences d'un mari dont l'appétit sexuel n'est pas diminué, il va de soi que toute intervention tendant à la suppression de la cavité vaginale est impossible. Mais deux cas doivent être envisagés :

1° La lésion est seulement muqueuse : cystocèle -ou rectocèle. Aucune discussion : il suffit d'une colpopérinéorraphie classique, antérieure et postérieure.

2° La lésion est importante : il y a non seulement cystocèle ou rectocèle, mais encore une descente du moignon cervical ou de la cicatrice vaginale, poussés par une masse plus ou moins facile à réduire.

Dans ces cas, pour éviter toutes récurrences, il faudra songer à associer à la colpopérinéorraphie une technique permettant la suspension du col restant ou du dôme vaginal. Nous pourrions donc tenter d'effectuer, outre le temps périnéal, une « colpopexie » directe (abdominale) ou indirecte (procédé de L. Diamant-Berger) s'il s'agit d'un prolapsus après hystérectomie totale, et une « cervicopexie » s'il s'agit d'un prolapsus après subtotale.

L'opération de Bouilly peut encore être indiquée si la malade refuse une nouvelle laparotomie et si le col restant présente des lésions (Observation I).

RÉSULTATS.

Toutes ces interventions, pratiquées par des chirurgiens qui ont l'habitude de la chirurgie vaginale, ont donné des résultats constants, efficaces et durables.

Suivant les statistiques des auteurs, la proportion de succès oscille entre 85 à 90 %. De tels résultats ne peuvent être obtenus que par l'exécution minutieuse de toutes les phases de l'intervention précédée de soins pré-opératoires : réduction du prolapsus par le repos au lit, désinfection et cicatrisation des lésions du col (électro-coagulation : Observation I) ; et suivie de soins post-opératoires attentifs pour éviter une infection vulvo-vaginale qui pourrait amener la désunion des sutures. Alors, les échecs et les récives sont exceptionnels en dehors des malades chez lesquelles il existe une dystrophie des tissus, soit congénitale (ptosique), soit acquise (âge trop avancé, maladies).

* La mortalité de ces interventions serait à peu près nulle, surtout pour celles pouvant se pratiquer à l'anesthésie locale ou régionale, si, de temps à autre, en particulier chez les femmes âgées, souvent obèses ou atteintes de quelque lésion silencieuse du cœur, du rein, du foie ou du poumon, on n'était surpris par quelque complication grave du côté de ces organes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Communiquée par le Docteur V. DONNET

M^{me} S..., téléphoniste, est hospitalisée d'avril à mai 1936, salle Garnier, pour salpingite et leucorrhée très abondante. La crise douloureuse abdominale a débuté peu de jours avant ; elle fut calmée en partie par le repos au lit. Elle n'est, d'ailleurs, qu'un épisode aigu d'une affection génitale ancienne, paraissant remonter à un accouchement particulièrement difficile, cinq ans auparavant, et suivi d'une déchirure périnéale très importante. Une intervention sur le périnée eut lieu dix mois après. Les suites en furent légèrement troublées par une fistule recto-vaginale qui rétrocede, d'ailleurs, spontanément. C'est là le seul fait important à signaler dans ses antécédents obstétricaux ou gynécologiques.

Au moment où nous la voyons pour la première fois, elle présente :

- un périnée cicatriciel assez court ;
- un certain degré de cystocèle, le col est très métrique, le corps en rétro-version du 2° degré, douloureux,

flanqué à droite et à gauche de deux masses annexielles, immobiles, douloureuses, du volume d'un œuf.

Traitement : repos, double-courants, vaccin.

Un mois après, amélioration certaine de son état local, la malade sort, obligée de reprendre son travail ; mais elle continue les soins médicaux (columnisations, etc.). Malgré ce, reprise des douleurs l'obligeant à interrompre fréquemment son métier.

Elle rentre à nouveau, deux mois après, réclamant elle-même l'intervention. Localement, seules les lésions cervicales se sont amendées, les lésions pelviennes paraissant s'être stabilisées.

Intervention. — 3 août, Docteur V. Donnet.

Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Péritonite, salpingo-ovarite bilatérale très adhérentes. Hystérectomie subtotale, appendicectomie. Fermeture en 3 plans. Suites immédiates très simples.

La malade revient un mois après sa sortie porteuse d'un prolapsus du col restant.

A l'examen : cystocèle assez marqué, col pendant à la vulve, rouge, irrité, leucorrhée très abondante. Prolapsus apparaissant surtout en position debout ou après une fatigue et entraînant une gêne fonctionnelle surtout à la marche.

Il nous a semblé qu'avant d'intervenir à nouveau, une désinfection soigneuse de ce col s'imposait, elle fut réalisée par une électro-coagulation. La malade avait accepté le principe d'une intervention, exception faite d'une nouvelle laparotomie.

Le 9 janvier 1937 : sous anesthésie épidurale. Amputation supra-vaginale du col suivant la technique de Bouilly. Amputation facile s'accompagnant d'une colpectomie large

qui permit la réduction totale du prolapsus. On termine en mettant deux points sur le périnée postérieur après un avivement.

Suites opératoires : assez simples. Petite hémorragie vers le 10^e jour et désunion partielle de la plaie périnéale. Cicatrisation complète le 18^e jour.

Cette malade a été revue un mois après en parfait état et, de nouveau fin 1937 (soit presque un an après l'intervention). L'état local reste parfait.

Cette observation nous permet de montrer :

— l'importance du traumatisme obstétrical dans l'étiologie du prolapsus ;

— que l'hystérectomie n'est pas un traitement du prolapsus, qui continue à évoluer après l'intervention ;

— l'importance de la désinfection soigneuse du col par électrocoagulation afin d'éviter les complications infectieuses post-opératoires ;

— le choix judicieux de l'opération de Bouilly justifié par l'âge de la malade, son refus d'une nouvelle laparotomie, la bénignité de l'anesthésie épidurale, et surtout le bon résultat obtenu, immédiat et éloigné.

OBSERVATION II

Communiquée par le Docteur V. DONNET

B... Catherine, 53 ans, entre, en février 1933, pour prolapsus. Elle ne peut en indiquer le début exact. Elle en est affligée depuis de nombreuses années, mais il paraît y avoir eu aggravation dans son état depuis un an, époque à laquelle elle subit une hystérectomie par voie basse, dans un service de chirurgie des hôpitaux.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels. Réglée à 11 ans, menstruations toujours régulières. Elle eut 3 grossesses terminées par des accouchements normaux ; des suites de couche apyrétiques ; un avortement spontané de 3 mois. Ménopause normale à 46 ans.

Nous n'avons aucun renseignement précis sur l'affection ayant entraîné l'intervention l'année précédente.

A l'entrée dans le service la malade présente :

— une cystocèle et une rectocèle assez importantes, accompagnées de quelques troubles urinaires ;

— état général parfaitement conservé ;

— localement, les parois vaginales sont en excellent état, la cicatrice est souple, l'examen du petit bassin est négatif.

On propose à la malade une opération de Le Fort, qui est acceptée.

Sous anesthésie épidurale, on pratique une intervention des plus typiques. Suites opératoires très simples.

Cette malade a été revue en très bon état.

Dans cette opération nous remarquons :

— le rôle important du nombre des grossesses dans l'étiologie du prolapsus ;

— que l'hystérectomie est tout à fait étrangère à la production ultérieure du prolapsus, tout au plus a-t-elle pu l'aggraver ;

— que l'opération de Le Fort, acceptée par la malade, était justifiée par l'âge de celle-ci et l'absence de col utérin ;

— la bénignité de l'intervention pratiquée sous anesthésie épidurale et son efficacité.

OBSERVATION III

Empruntée à la thèse de J. BOTÉRO-LONDONO

Mme R..., âgée de 49 ans.

— Opérée en 1921 pour prolapsus génital à la suite d'une déchirure périnéale au cours d'un accouchement.

Examen : col utérin gros. Gros utérus en rétroversion, cystocèle et rectocèle.

Intervention : laparotomie médiane sous-ombilicale. Appendicectomie. Ligamentopexie à la Doléris. Fermeture de la paroi. Colpopérinéorrhaphie.

— En 1929, consulte de nouveau.

Examen : certain degré de prolapsus, utérus fibromateux.

Intervention :

— Nouvelle laparotomie ;

— Hystérectomie subtotale ;

— Péritonisation et fermeture de la paroi.

Mais peu de temps après, la malade commence à sentir une pesanteur au niveau du périnée, envies fréquentes d'uriner et quelque chose qui sort par la vulve quand la malade fait un effort.

— Le 8 janvier 1932, la malade vient consulter à l'hôpital Broca.

Examen : on constate un prolapsus du col après colpopérinéorrhaphie et hystérectomie subtotale. Le col sort à la vulve et est légèrement ulcéré.

Intervention : le 11 janvier par le Docteur Douay.

— Laparotomie médiane, assez difficile à cause des adhérences des anciennes cicatrices qui ont été réséquées.

— Cervicopexie pariétale faite comme ci-dessous :

— incision du péritoine au niveau du moignon du col ;

— décollement de la vessie et dissection du moignon pour pouvoir l'attirer vers la paroi abdominale, le vagin étant assez long pour que le col puisse être suturé dans la partie inférieure de la plaie abdominale.

— Réfection de la paroi en 3 plans.

Résultats : suites très favorables. La malade quitte le service le 26 janvier (15 jours après l'intervention).

Revue 3 mois après : état général excellent, cicatrice solide, col bien fixé derrière la symphyse pubienne sans aucune tendance à descendre sous l'effet de la toux ou de l'effort. Pas de troubles urinaires.

Nous constatons dans cette observation les faits intéressants suivants :

— dans la plupart des cas, le traumatisme est à la base de l'étiologie des prolapsus.

— la complexité de la pathogénie des prolapsus. En effet, la présence d'un périnée solide, malgré son rôle primordial, n'est pas toujours suffisante, même après ligamentopexie ou hystérectomie subtotale, pour arrêter l'évolution d'un prolapsus.

— comme nous l'exposons au chapitre du traitement curatif, la cervicopexie doit, dans certains cas, être associée à la colpopérinéorrhaphie. Ici, l'échec de la première ligamentopexie, l'étirement ou l'atrophie des ligaments ronds sans doute constatés lors de l'hystérectomie subtotale, la présence d'une bonne sangle périnéale déjà consolidée lors de la première intervention, l'âge peu avancé de la malade, l'excellent résultat obtenu, justifient pleinement la décision opératoire du Docteur Douay qui pratiqua une « cervicopexie » abdominale.

Cependant, malgré l'abondance et la justesse de ces arguments, nous nous permettons d'opposer les quelques

critiques suivantes : pour éviter à la fois une intervention shockante, une nouvelle laparotomie et l'emprisonnement du moignon cervical légèrement ulcéré dans l'épaisseur de la paroi abdominale, nous aurions préféré voir pratiquer, sous anesthésie épidurale, l'amputation supra-vaginale du col avec large colpectomie suivant la technique de Bouilly.

OBSERVATION IV

Empruntée à la thèse de J. BOTÉRO-LONDONO

Mme Le R., âgée de 45 ans.

Histoire : mère de 2 enfants bien portants, a été opérée en 1914 à l'âge de 27 ans d'une salpingite bilatérale. Suites favorables, mais à partir du mois de juillet 1931 la malade commence à se plaindre d'une sensation de pesanteur périnéale, de quelques pertes sanglantes et de troubles de fausse cystite (dysurie et envies fréquentes d'uriner).

Examen : on constate :

— une cystocèle très marquée qui explique ces troubles urinaires ;

— un léger prolapsus du col après hystérectomie subtotale plus accentué à l'effort.

Intervention : le 20 janvier. Docteur Peytavin.

1° Laparotomie médiane sous-ombilicale.

— décollement de la vessie et du moignon du col. Fixation du col et de la vessie à la partie inférieure de la plaie abdominale.

— fermeture pariétale en 3 plans.

2° Colpapérinéorrhaphie postérieure et myorrhaphie des releveurs avec de gros crins sans sutures perdues.

— Sonde vésicale.

Résultats :

Le 15^e jour fait une pyélonéphrite traitée par régime et vaccins.

Le 24 février, elle sort de l'hôpital en bon état.

Revue 3 mois après : très bon résultat, col bien fixé, pas de troubles urinaires.

Cette observation nous permet de confirmer certaines opinions exposées dans notre thèse, à savoir :

— L'hystérectomie n'est pour rien dans ces prolapsus post-opératoires. En effet, cette malade présente un prolapsus 17 ans après une hystérectomie subtotale. Cette infirmité semble due à une légère déficience périnéale et à un excès d'étoffe du vagin qui permettent d'expliquer la présence de la cystocèle très marquée et du prolapsus isolé du col restant.

— Que la malade réunissait toutes les conditions (âge, périnée déficient, excès d'étoffe du vagin) pour imposer au Docteur Peytavin le choix judicieux, confirmé par le résultat obtenu, de la triple opération effectuée en deux temps : temps abdominal (cervicopexie pariétale antérieure), temps périnéal (colpopérinéorraphie et myorraphie des releveurs).

Nous remarquons aussi :

— Qu'une cervico-ligamentopexie, pratiquée au cours de l'hystérectomie dans un but essentiellement préventif, eût sans doute empêché la production ultérieure du léger prolapsus isolé du col. Le temps périnéal eût été alors certainement suffisant pour guérir la cystocèle très marquée.

— Que l'opération de Bouilly, complétée par une myorraphie des releveurs, était également indiquée dans ce cas. Mais, malgré les avantages opératoires qu'elle présentait, elle avait l'inconvénient de diminuer la longueur de la cavité vaginale.

CONCLUSIONS

I. — Dans la pathogénie de ces prolapsus génitaux après hystérectomie interviennent dans la majorité des cas :

- Comme cause essentielle : la déficience du périnée, acquise ou congénitale.
- Comme causes secondes :
 - l'allongement des ligaments utérins,
 - l'excès d'étoffe du vagin.
- Comme cause exceptionnelle : la profondeur exagérée du cul-de-sac de Douglas.

II. — Au cours d'une hystérectomie, subtotale ou totale, nous devons systématiquement pratiquer une « cervicopexie » ou une « colpopexie », ligamentaire ou directe, comme traitement préventif d'un prolapsus génital « en puissance » et comme temps complémentaire d'une colpopérinéorrhaphie ultérieure en cas d'évolution du prolapsus.

En dehors de l'existence d'un prolapsus pré-opératoire la ligamentopexie peut être considérée comme un « point de technique ».

III. — Nécessité d'être éclectique dans le choix d'une méthode curative.

La cure complète du prolapsus génital après hystérectomie, chez une femme jeune encore, doit le plus souvent se faire en 3 temps : colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure avec myorrhaphie des releveurs et, si l'examen montre un moignon cervical mobile ou un dôme vaginal souple, « cervicopexie » ou « colpopexie », directe ou indirecte, comme 3^e temps.

L'opération de Bouilly, qui peut être effectuée sous anesthésie épidurale, suffit bien souvent.

En ce qui concerne les femmes âgées ou ayant renoncé à toute activité sexuelle, l'opération de Le Fort demeure le traitement de choix.

Lu et approuvé :

Le Président de Thèse,

E. VAYSSIÈRE.

Vu : le Doyen,

L. CORNIC

Vu et permis d'imprimer :

Aix, le 26 février 1942

Le Recteur,

MARTINO.

Bibliographie

- J. BOTERO-LONDONO. — « Du prolapsus génital après hystérectomie subtotale : son traitement préventif par la cervico-ligamentopexie ». Thèse à Paris, 1942.
- F. LEGUEU. — De l'hystérectomie abdominale dans le prolapsus utérin. XIV^e Congrès français de chirurgie, 1901, page 666.
- C. BEAUVOIS. — « Prolapsus génitaux graves. Leur traitement par la trachélopexie et la colpopexie recti-musculaire ». Thèse de Lille, 1904-1905.
- J. ILIEFF. — « De la colpopexie abdominale dans le traitement radical du prolapsus utérin ». Thèse de Paris, 1898-1899.
- BOUILLY et R. LOEWY. — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus génitaux. Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Tome VI, page 579, 1902.
- L. GUÉNARD. — « De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de Bouilly et de l'hystéropexie obturatrice ». Thèse à Paris, 1902-1903.
- Ch. LENORMANT et P. DREYFUS. — L'opération de Bouilly (colpectomie antérieure et amputation supra-vaginale du col dans le traitement des prolapsus génitaux). Gynécologie et Obstétrique, Tome XXIV, juillet 1931.
- P. COIRRE. — « L'opération de Bouilly (amputation haute du col et colpectomie) dans le traitement des prolapsus génitaux ». Thèse de Paris, 1921.
- L. HAUTEFORT. — Technique de suspension du col. Société des Chirurgiens de Paris, séance du 15 juin 1928.
- M. PAYNE. — Technique opératoire dans la cure du prolapsus génital après hystérectomie subtotal : 4 observations. Archives of surgery, avril 1930, Tome XX, n^o 4, pages 636-642.

- P. BOBOUL. — « Hernies et éviscération vaginales consécutives à l'hystérectomie ». Thèse de Toulouse, 1934-1935.
- CALCATTGIO. — « De l'inversion du vagin chez les hystérectomisées ». Thèse de Montpellier, 1920.
- J. CARAVEN. — Prolapsus de la trompe dans le vagin après hystérectomie par voie basse. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, 6 juillet 1932, page 1.087.
- GUIBAL (de Béziers). — Inversion du vagin consécutive à l'hystérectomie. Société de Chirurgie de Paris, 1910, page 1.200.
- H. HARTMAN. — La hernie vaginale et son traitement. Annales de Gynécologie et Obstétrique. Novembre-décembre 1916.
- CHABRUT et MENEGAUX. — Les hernies périnéales. Journal de Chirurgie, Tome 27, n° 5, mai 1926, pages 554-577.
- BÉGOUIN et GENTIL. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. Rapport au XXXII^e Congrès français de chirurgie, 1923.
- R. LEIBOVICI et R.-Y. YOVANOVITCH. — La « suspension haute » de l'utérus dans le traitement des prolapsus génitaux. Revue de Chirurgie, année 56, n° 8, octobre 1937, pages 582-608.
- R. FAYOT. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. Thèse de Paris, 1932.
- G. BOUILLY. — Le traitement des prolapsus génitaux. Rapport au X^e Congrès français de chirurgie, 1896.
- ROUVILLOIS. — Prolapsus génital et colpoperinéorraphie. Le rôle du tissu conjonctif pelvien dans l'étiologie et le traitement. Thèse de Paris, 1939.
- R. BONNEAU. — Suspension du col après hystérectomie subtotale. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, n° 20, page 591, du 6 juillet 1928.
- V. PAUCHET. — La cervico-ligamentopexie, traitement préventif du prolapsus secondaire. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, n° 20, page 593, du 6 juillet 1928.
- L. DIAMANT-BERGER. — Contribution à l'étude de l'hystérectomie abdominale totale. Thèse de Paris, 1929.
- E. FORGUE. — Hystérectomie abdominale totale ou subtotale. Presse Médicale du 28 septembre 1932.
- E. VON GRAFF. — Etiologie du prolapsus. American journal of Obstetric and Gynecologie, n° 6, août 1933.
- S. HUARD et MARIAU. — La Gynécologie en 1932. Paris-Médical, n° 51, du 17 décembre 1932.
- HANANIA. — Cloisonnement élargi : application à tous les degrés du prolapsus génital. Thèse de Paris, 1938.

- JAGOT Bernard. — La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Paris, 1929.
- BERNARD JAGOT. — La colpectomie totale simple dans le traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Paris, 1929.
- R. DE FRESQUET. — De la suspension du col utérin dans les prolapsus génitaux. Technique opératoire, suivie de la description d'un procédé de fermeture de la paroi musculo-aponévrotique dans les laparotomies. Thèse de Paris, 1928.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Introduction</i>	15
<i>Historique</i>	17
<i>Pathogénie</i>	20
<i>Anatomie pathologique</i>	26
<i>Symptomatologie</i>	28
<i>Traitement</i>	29
— <i>Traitement prophylactique</i>	29
— <i>Traitement curatif</i>	36
<i>Observations</i>	42
<i>Conclusions</i>	50
<i>Bibliographie</i>	53

SIERMIENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

